FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ADÉNOÏDIENS

ET

APPENDICULAIRES

PAR

LEBLAN EUGÈNE-ALFRED

Né à Vincennes, le 6 Janvier 1887

Président : M. HUTINEL, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE
AMÉDÉE LEGRAND
36, Rue Serpente, 36

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
Clinique médicale	ROGER DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR PINARD RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ MARCEL	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARET	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de profonde et respectueuse gratitude pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX

AU DOCTEUR FRANÇOIS DI CHIARA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de Clinique Chirurgicale a la Faculté

Qui nous inspira le sujet de cette thèse. Avec toute notre amitié reconnaissante.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons été frappés par ce fait que chez des adénoïdiens, opérés ou non, on voyait apparaître, à un certain moment, des poussées d'appendicite.

Cette notion offre un grand intérêt pratique car, si l'on admet l'influence que l'appendicite peut exercer sur l'état général, on peut s'expliquer comment, chez un adénoïdien, auquel on a pratiqué l'ablation des adénoïdes, l'amélioration escomptée ne se produit pas.

Nous nous proposons de rechercher quelle est la fréquence des troubles appendiculaires chez les adénoïdiens ; les observations que nous allons consigner dans la première partie de notre travail répondront à cette question. Dans une deuxième partie, nous chercherons s'il n'y a pas dans cette double constatation clinique : adénoïdisme et appendicisme, une relation de cause à effet ou s'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence.

La première partie de notre thèse sera donc ex-

clusivement clinique. La deuxième partie sera étiologique et pathogénique.

Mais avant d'aborder le premier chapitre, nous allons rechercher dans la littérature médicale les travaux qui ont été déjà faits sur ce sujet.

Nous débuterons donc par quelques considérations historiques.

HISTORIQUE

Les rapports existant entre les infections qui se développent dans le tissu lymphoïde du naso-pharynx d'une part, et dans celui du tube gastro-intestinal, d'autre part, ont déjà été signalés.

C'est ainsi que Chassaignac, dans ses leçons cliniques qu'il fit à l'hôpital Lariboisière, en 1854, attire l'attention de ses élèves sur « l'état dyspeptique qu'il avait parfois rencontré chez certains malades ayant des sécrétions pathologiques du pharynx. »

Plus tard, en 1888, dans sa thèse, Balme signale « de la gastralgie avec ou sans dilatation d'estomac chez des adultes atteints d'hypertrophie amygdalienne ». Louis Fischer, en 1891, dans le *Médical Record*, déclare qu'il a observé, sur lui-même, des troubles dyspeptiques au cours d'une affection catarrhale rhino-pharyngée et il pense que ces deux états inflammatoires concomitants peuvent très bien être sous la dépendance l'un de l'autre.

En 1896, Alfred Deglaire publie une observation d'un malade souffrant d'une gastralgie tenace, accompagnée de fréquents vomissements. Aucune médication gastrique n'avait, jusqu'à ce jour, ap-

porté d'amélioration à l'état déjà inquiétant du malade. Il eut alors l'idée d'examiner le naso-pharynx où il trouva de notables lésions catarrhales. Après un traitement relativement court, il vit les symptômes gastriques s'amender et bientôt la guérison survenir.

Gastou, dans la thèse de Audart, soutenue à Paris, en 1898, appelle l'attention sur des cas d'anorexie, de vomissements et de diarrhée survenus par suite d'ingestion d'exsudats pharyngiens purulents. Dans son « Traité des maladies de l'enfance », Lermoyez signale bien cette étiologie et ajoute que l'on pense rarement à rapporter aussi haut la cause de ces troubles intestinaux.

Depuis, Triboulet, au sujet de l'étiologie de l'entéro-colite muco-membraneuse chez les enfants, a publié des observations dans lesquelles il rend responsables de l'affection intestinale des poussées d'adénoïdite contemporaine.

Aviragnet, en 1900, consacra tout un mémoire à la question. La même année, Attias, reprend ses idées et en fait un excellent exposé dans sa thèse de Paris.

Ensuite, en divers journaux médicaux, il retraite le même sujet, le tirant ainsi de l'ombre où il était resté jusqu'alors.

Depuis, Landolt, à Paris, en 1901 et Aton, à Montpellier, en 1903, ont confirmé, dans leurs thèses, l'existence de troubles gastro-intestinaux con-

sécutifs aux affections chroniques du rhino-pharynx.

Quant aux poussées d'appendicite secondaires aux inflammations du cavum, elles ont été signalées par Legendre, en 1891.

« Il est possible, dit-il, que sous l'influence d'irritations locales, telles que les substances chimiques, résultant de mauvaises digestions gastro-intestinales ou de pullulations microbiennes, le tissu lymphoïde de la région typhlo-appendiculaire subisse périodiquement des poussées congestives inflammatoires ou scléreuses ainsi que cela se passe du côté du tissu lymphoïde de l'appareil amygdalo-pharyngien chez les sujets adénoïdiens ».

Egalement en 1891, à Londres, le docteur Rowland Humphreys, signale un cas de péri-typhlite comme complication d'une amygdalite.

En 1893, le docteur Kélymiak, de Londres, et depuis Brazil, Apolant, Andriaux, Samenburg, ont rapporté de nouvelles observations.

Au cours de l'année 1902 un médecin de la marine allemande, le docteur H. Weber, publia, avec de nombreuses annotations, trois nouveaux cas d'appendicite au cours d'une angine. Il donne ces observations comme émanant de la clinique médicale de Breslau.

Le Dr Kretz, professeur de l'hôpital François-Joseph, à Vienne, relate, peu de temps après, deux cas du même genre, fort démonstratifs. — Lejars, en 1904, parle d'une jeune malade du service de

Jeanselme, ayant une angine et qui présentait des poussées d'appendicite aussitôt que s'élevait sa fièvre amygdalienne.

En 1904, également, Delacour publie une étude importante sur le « Syndrôme adénoïdien ». Il signale la fréquence de l'ozène, des végétations adénoïdes et de l'appendicite chronique contemporains. Puis il étudie l'étiologie de ces affections et y voit la conséquence des mêmes troubles trophiques du tissu lymphoïde.

L'année suivante, Groc, dans sa remarquable thèse de Lyon, reprend ces idées en les commentant et en élargissant le cadre de la question. « Les cas sont nombreux, dit-il, dans la littérature médicale, d'appendicite consécutive aux angines, mais il n'est, dans aucun, fait mention de l'état des muqueuses rhino-pharyngiennes. Nous croyons que cette localisation abdominale succède rarement à une première atteinte mais presque toujours à une poussée aiguë se greffant sur une inflammation chronique, c'est-à-dire sur un terrain adénoïdien ».

En 1906, Roux et Josserand (de Cannes) dans le *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, publient un court résumé de leur travail sur « Les Relations des entérocolites avec les adénoïdites, chez les enfants ».

La même année, Guinon, dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, consacre un article sur les « Entérites et appendicites chez l'enfant ». Puis il y revient dans le *Bulletin de la Société de Pé-*

diatrie, où il parle également des relations des entéro-colites avec les adénoïdites chez les enfants.

Toujours la même année, en 1906, Comby publie un fort intéressant article dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, relatif aux entérites et appendicites chez les enfants.

Cet auteur, avec de nombreuses observations à l'appui, conclut : « Nous voyons souvent chez l'enfant, les entéro-colites et appendicites être précédées de rhino-pharyngites et adénoïdites, qui semblent marquer une première étape de l'infection intestinale et appendiculaire. »

Enfin, en 1907, dans « La Médecine Infantile », Terrien, publie un article sur « Les relations étiologiques de l'adénoïdite, de l'entéro-colite et de l'appendicite chez l'enfant. »

PREMIÈRE PARTIE

Faits Cliniques

Dans ce chapitre nous allons relater l'observation qui a été le point de départ de notre thèse. Nous la choisissons à dessein parce qu'elle semble comporter, dans ses différentes parties, tout ce qui sera envisagé au cours de cette étude. Nous pensons qu'elle nous permettra d'expliquer l'affiliation des différentes étapes que nous aurons à examiner dans les chapitres d'étiologie et de pathogénie.

OBSERVATION (*personnelle*)

Un jeune garçon, C... L..., âgé de trois ans, est présenté au médecin parce qu'il est pâle, jaune, maigre et qu'il ne grandit pas. Les parents se plaignent de ce que leur enfant a, le matin au réveil, une haleine désagréable, que sa langue est toujours

un peu chargée et qu'il manque totalement d'appétit. Le peu de nourriture qu'il prend n'est que très lentement digéré et semble « ne pas lui profiter ».

De plus, des alternatives de constipation et de diarrhée contribuent beaucoup à l'affaiblir. Enfin, le caractère de l'enfant a totalement changé, il est nerveux, repousse ses jouets et dort, chaque nuit, d'un sommeil agité.

A un premier examen le médecin constate que le petit malade respire la bouche ouverte et que chaque inspiration fait entendre un ronflement indiquant nettement l'obstruction du naso-pharynx.

A l'inspection, la gorge montre un liquide séro-purulent tapissant tout le pharynx et sans cesse dégluti par l'enfant.

Au toucher, la présence d'énormes végétations adénoïdes suintantes, vient confirmer le diagnostic qui avait été fait à priori.

Deux jours après cet examen, un spécialiste pratique l'ablation des végétations adénoïdes, opération qui permet d'espérer une prompte amélioration de l'état général du petit malade.

Six mois après cette intervention, les parents amènent de nouveau leur garçonnet au médecin. Ils sont, cette fois, désespérés. L'enfant, au lieu de grandir et de se transformer, a continué de s'étioler. Sa pâleur et sa maigreur se sont accentuées, ses troubles digestifs n'ont fait qu'augmenter et le pauvre petit se traîne, chez lui, dans tous les coins en proie à la plus profonde apathie.

Un questionnaire rapide apprend au médecin qu'à deux reprises l'enfant a eu des poussées de diarrhées très douloureuses accompagnées de glaires, de peaux et de filets sanguinolents. L'entéro-colite s'est donc installée, avec toute sa séquelle de troubles alarmants, sur cet organisme débilité.

L'examen du ventre permet au médecin de provoquer une vive douleur au point de Mac Burnay.

Il se trouve donc, cette fois, en présence d'une appendicite chronique d'entéro-colite franchement déclarée.

L'enfant est opéré quelques jours après.

Trois mois se sont passés pendant lesquels les troubles gastro-intestinaux ont complètement disparu. Le jeune opéré a repris des couleurs, son appétit est devenu normal, ses digestions se font sans lenteur, et c'est, maintenant, un garçonnet robuste et vigoureux.

*
* *

Voici d'autres observations publiées par Comby, dans lesquelles nous trouverons, comme dans l'observation précédente, la succession des trois étapes adénoïdienne, colique et appendiculaire.

OBSERVATION I

(Comby. *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux*, 1906)

Un garçon de Paris est vu par moi le 28 décembre 1905 pour les suites d'une entéro-colite muco-membraneuse datant de trois mois. Il est pâle, jaune, maigre, sans présenter de douleur au point de Mac Burney.

Le 3 juillet 1906, je revois cet enfant qui a eu, depuis mon premier examen, deux crises graves et très douloureuses d'entéro-colite avec glaires, peau, sang.

L'examen du ventre me permit, à ce moment, de provoquer une douleur vive au point de Mac Burney. Je conclus à une appendicite chronique d'entéro-colite.

OBSERVATION II

Comby. *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux* 1906)

Le 5 juillet 1906, je vois une fillette de huit ans et demi, déjà examinée il y a six mois. A cette époque, elle était venue pour une entéro-colite muco-membraneuse assez grave, avec peaux, glaires, etc.

Un spécialiste de la gorge avait découvert des végétations adénoïdes qu'il se proposait d'opérer.

On me consultait pour la mauvaise mine, la pâleur, la constipation, l'état dyspeptique de cet enfant. A cette époque, je cherchais l'appendicite sans pouvoir la découvrir.

Cette fois je fus plus heureux et pus mettre en relief le point de Mac Burney.

Nous trouvons ici, comme dans le cas précédent, et dans les suivants, les trois étapes de l'infection adénoïdienne, entéro-colique et enfin appendiculaire.

OBSERVATION III

(Comby. *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux* 1906)

Le 5 juillet 1906, je revois, après un an d'intervalle, une fillette de dix ans et demi, nourrie au biberon, opérée de végétations adénoïdes à l'âge de 7 ans.

A cinq ans et six ans et demi, poussées d'entérocolite muco-membraneuse, cure à Châtel-Guyon.

Enfant assez grosse, mais molle, souffrant du ventre, constipée. Elle mange beaucoup et avec gloutonnerie. Il y a un an j'avais mis sur mon ordonnance que l'appendice n'était pas douloureux.

Aujourd'hui je constate que la pression au point de Mac Burney réveille une douleur assez vive, et cela à plusieurs reprises, alors que toutes les autres parties du ventre sont indolores.

OBSERVATION IV

(Comby. *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux* 1906)

Garçon de 11 ans et demi, opéré de végétations adénoïdes il y a quatre ans ; poussées d'entéro-colite muco-membraneuse depuis cette époque ; récemment, douleurs du ventre pendant trois semaines ; on a parlé d'appendicite.

Je l'examine le 10 juillet 1906. La pression dans la fosse iliaque droite révèle immédiatement un point douloureux, ailleurs le ventre est indolore.

Je refais plusieurs fois l'épreuve, toujours l'enfant accuse une vive sensibilité. Constipation habituelle.

Chez cet enfant comme chez beaucoup d'autres, j'ai donc retrouvé les trois étapes adénoïdienne, entérique et appendiculaire.

OBSERVATION V

(Dr Di Chiara. Paris, 1914)

Marcel G..., vient consulter, en janvier 1910, pour des troubles de l'état général, de l'amaigrissement, des angines à répétition.

Par interrogation on met en évidence la notion de troubles respiratoires à type adénoïdien et le toucher pharyngien confirme le diagnostic de végétations adénoïdes. A ce moment, il n'y a aucune manifestation du côté de l'intestin dont les fonctions sont régulières et normales. On décide d'une intervention qui amène l'ablation d'un grand nombre de végétations adénoïdes.

Pendant un an, l'état général se modifiie dans un sens favorable. Mais alors, progressivement et insidieusement, des troubles naissent du côté de l'intestin, troubles caractérisés par des poussées d'entérite. On institue, à différentes reprises, un régime approprié, mais il semble bien, d'après l'évolution, que les atténuations observées dans les troubles intestinaux aient été plus le fait d'une simple coïncidence que la conséquence de la thérapeutique instituée.

Et l'état général du petit malade laisse toujours à désirer et, en mars 1914, nous sommes appelés près de lui pour une crise appendiculaire typique.

Après refroidissement de cette crise, le malade

est opéré et l'intervention permet d'enlever un appendice dans lequel l'examen histologique a révélé des lésions typiques de folliculite.

*
* *

A la suite de ces observations, nous en rapportons d'autres dans lesquelles, si la succession de l'infection en trois étapes : nosopharyngienne, colique et appendiculaire ne se retrouve pas aussi complète, du moins y trouvera-t-on soit la première et la deuxième, soit la première et la troisième étapes associées.

Le premier groupe sera donc celui des observations où il est question de malades chez lesquels la clinique a montré seulement la réaction inflammatoire naso-pharyngienne et entéro-colique.

Le second groupe sera celui dans lequel nous rapporterons les observations des malades présentant de l'adénoïdite et de l'appendicite.

Premier Groupe

OBSERVATION I

(Gunion, *in Thèse Attias*, 1901)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — DÉFORMATIONS THORACIQUES. — BRONCHITES RÉPÉTÉES. — TROUBLES DIGESTIFS.

C. E., né en 1885, est un type d'adénoïdien. Les amygdales sont énormes ; la voûte palatine est déformée ; prognatisme très accentué et thorax en carène avec gouttières sternales. Son pharynx est toujours malade. Bien qu'on lui ait enlevé à l'âge de cinq ans des végétations, il a conservé pendant longtemps des poussées fébriles qui ont fait penser à la tuberculose par leur persistance. De plus, il est extrêmement nerveux. Délire pour la moindre fièvre. Les produits septiques fabriqués dans son arrière-gorge rendent l'appétit extrêmement inégal. Les repas un peu copieux s'accompagnent de gastralgie. Son estomac est distendu par les gaz.

L'enfant est d'habitude constipé, mais il présente, à plusieurs reprises, de la diarrhée. On conseille le séjour à la mer, les attouchements à la

teinture d'iode, le massage de l'abdomen est systématiquement pratiqué, et, finalement, l'ablation des amygdales à l'anse galvanique. Ce n'est qu'à la suite de ce dernier traitement que les lésions coexistantes disparaissent.

OBSERVATION II

(Dr Breton, de Dijon, *in Revue des Maladies de l'Enfance, mai* 1900)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES LIÉS AUX TUMEURS ADÉNOÏDES ET AU CATARRHE CHRONIQUE RHINO-PHARYNGÉ.

Un jeune garçon de cinq ans, blond, pâle, de visage amaigri, nous est présenté dans le courant de janvier. Pas d'antécédents. Il est pris subitement, sans cause appréciable, de vomissements alimentaires, et rejette à peu près tout ce qu'il mange après chaque repas.

On a institué, mais en vain, divers traitements.

L'anémie et le dépérissement font des progrès du fait de la dénutrition.

Lorsque nous le voyons, les vomissements sont quotidiens. L'estomac et le cœcum sont dilatés, ainsi que le côlon transverse. Les selles sont muco-

membraneuses et doivent être sollicitées. Les amygdales sont hypertrophiées et saillantes. Au toucher, le cavum est obstrué par de grosses végétations et le nez est le siège d'une double rhinite marquée surtout à gauche. Nous commençons alors un traitement du côté du pharynx nasal ; les vomissements s'espacent mais ne disparaissent pas. Notre confrère et ami, le Dr Ripault, enlève les végétations. A la suite de l'opération, les vomissements cessent complètement.

OBSERVATION III

(Dr Boulay, *in Thèse Attias*, 1901)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — RHINO-PHARYNGITE
INAPPÉTENCE. — DIARRHÉES

Robert C..., 8 ans, nous est amené en novembre 1897, pour une obstruction nasale que l'examen nous montre être due à la présence de végétations adénoïdes. Les parents attirèrent également notre attention sur ce fait que l'enfant maigre, chétif, n'a pas d'appétit, se plaint du ventre après les repas, a souvent des crises de diarrhées et parfois des indigestions.

L'examen de la gorge, répété plusieurs fois à

quelques jours de distance, fait constamment voir, sur la paroi postérieure du pharynx, une traînée de muco-pus épais, jaune, descendant du pharynx nasal, et prêt à tomber dans l'œsophage.

L'inspection du cavum, avec le miroir, montre les végétations adénoïdes recouvertes d'une couche de muco-pus : ce sont de véritables végétations suppurantes. L'enfant ne sait pas cracher et ne se mouche pas : il déglutit donc ces sécrétions.

L'ablation des végétations est faite le 25 novembre 1897. Après avoir persisté encore quelques jours, les troubles gastro-intestinaux cessent au bout d'une dizaine de jours et n'ont pas reparu depuis.

En mai 1898, l'enfant continue à avoir un appétit normal et des fonctions digestives absolument régulières.

OBSERVATION IV

(Gunion, *in Thèse Altias*, 1901)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES ET HYPERTROPHIE AMYGDALIENNE. — INFANTILISME GÉNITAL. — BRONCHITE PURULENTE. — DYSPEPSIE AVEC ICTÈRE.

C. H..., né en 1884, a eu de grosses amygdales et des végétations adénoïdes dont il a été opéré et il a

présenté, très fréquemment, de la suppuration rhino-pharyngée.

Chaque fois qu'il a la grippe, il rend des flots de pus par le nez. Or, cet enfant a très souvent des poussées de bronchite à répétition, avec expectoration purulente invraisemblable.

Mais ce qu'il a surtout, au point de vue spécial qui nous occupe, c'est l'apparition intermittente d'accidents digestifs, constitués surtout par de l'inappétence, des nausées, des vomissements et surtout du subictère. Ces poussées d'infection digestive se répétaient une ou deux fois tous les deux ans et coïncidaient avec l'apparition sur la paroi postérieure du pharynx, de traînées blanchâtres de muco-pus. Maintenant qu'il a seize ans et que son arrière-gorge a été sérieusement traitée, ces troubles digestifs ont disparu.

OBSERVATION V

(Fenton *ben Turk, in thèse* Grocq, 1905)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — DYSPEPSIE

H... D..., dix-huit ans, porteur de végétations adénoïdes.

Accuse des vomissements et de la diarrhée. Se plaint de ne pas entendre. On procède à l'ablation

des tumeurs qui obturent du côté gauche la trompe d'Eustache.

Le malade est guéri du même coup de son otite moyenne et de ses troubles digestifs sans que ces derniers aient été à aucun moment l'objet d'un régime approprié ou d'un traitement spécial.

OBSERVATION VI

(Triboulet. *Arch. de Méd. des enfants*, 4 mars 1898)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES ET ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

L'enfant M... T..., âgé de 10 ans, grêle, mais de bonne santé, a une hérédité chargée : grand-père paternel (lithiase biliaire et rénale), grand'mère maternelle (goutteuse), mère atteinte à plusieurs reprises de coliques hépatiques. Cette enfant se serait plainte depuis longtemps, par intermittences, de coliques fugaces. Elle est d'ailleurs atteinte d'amygdalite chronique et de végétations adénoïdes prononcées, qui se sont accompagnées fréquemment de poussées aiguës, à allure d'angine fébrile et d'attaques fréquentes de faux croup. En mars 1897, à la suite d'une rougeole, survient une adénoïdite aiguë à streptocoques, compliquée d'otite suppurée. Pendant près d'un mois, avec cette com-

plication pharyngo-otique, évolue un état intestinal défectueux, provoquant des coliques fréquentes, répétées plusieurs fois par jour et suivies, à maintes reprises, de rejet de selles glaireuses et à fausses membranes, dont j'ai pu constater personnellement la présence.

OBSERVATION VII

(M. Triboulet. *Arch. Méd. des Enfants*, 4 mars 1898)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — SELLES DYSENTÉRIFORMES ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

Enfant A. P..., six ans, de constitution vigoureuse, née de père robuste et de mère dyspeptique, hypocondriaque ; nourrie au sein dans des conditions très satisfaisantes jusqu'à seize mois, a été atteinte à dix-neuf mois d'une poussée grave d'entérite à la suite d'écarts de régime. A cette époque, 1893, on a constaté l'existence de selles dysentériformes, mais sans en étudier minutieusement les caractères au point de vue de la présence des fausses membranes.

Depuis lors, l'enfant reste « très sensible du ventre » et, à diverses reprises, elle a été atteinte, avec ou sans indigestion stomacale, de troubles in-

testinaux caractérisés par des douleurs, coliques parfois violentes, avec réaction péritonéale vive (nausées, pouls rapide, pâleur des téguments, pincement des narines) : et chaque fois le trouble morbide s'est accompagné d'entérite glaireuse et du rejet de fausses membranes.

Jusqu'ici rien de bien spécial, mais il est à noter que cette enfant est porteur de végétations adénoïdes volumineuses, et voici ce que j'ai pu constater à maintes reprises au cours et à la suite de poussées inflammatoires survenues dans son naso-pharynx : il semble y avoir eu coïncidence, ou mieux filiation des troubles intestinaux et des désordres pharyngés, ainsi qu'il ressort des détails suivants de son observation depuis tantôt trois ans.

En mars 1890, en pleine période de grippe, l'enfant est prise d'un coryza intense avec sécrétion purulentes extrêmement abondantes. Chaque fois qu'on examine la gorge, il est facile de voir descendre le long du plan postérieur du pharynx, de longues traînées muco-purulentes que l'enfant déglutit. L'état d'anorexie est complet, l'enfant a quelques nausées et enfin, comme je le prévoyais, elle est prise de troubles intestinaux ; constipation avec coliques.

A la suite d'un lavement, d'une dose de calomel, expulsion d'un paquet considérable de glaires intestinales, accompagnant des matières brunâtres, légèrement osillées.

Dix-huit mois plus tard, en présence d'une angi-

ne pultacée à staphylocoques avec adénoïtite aiguë, je pus prédire toute la succession de phénomènes qui se déroulèrent comme la fois précédente. Je fis soigner le rhino-pharynx, enlever les végétations et depuis je n'ai plus observé de troubles intestinaux chez cette petite malade.

OBSERVATION VIII

(Aviragnet, *Archives Médecine des Enfants*, février 1900)

RHINO-PHARYNGITE CHRONIQUE SUJETTE AUX POUSSÉES AIGUES ENTÉRITE MEMBRANEUSE

En mai 1898, je vis pour la première fois un petit garçon de trois ans qui, depuis l'âge de dix mois, était atteint d'une entérite muco-membraneuse qui avait résisté à tous les traitements. Et cependant, la thérapeutique et l'hygiène avaient été aussi bien comprises par le médecin que sévèrement appliquées par les parents.

Cette entérite membraneuse avait des paroxysmes qui correspondaient à des poussées fébriles. Tous les quinze jours environ, l'enfant était pris d'une fièvre intense, la température montait à 40

degrés et restait élevée pendant quatre jours. Au bout de ce temps, l'accès cessait brusquement.

Ces accès fébriles, dit la mère, étaient toujours précédés d'une inflammation des muqueuses du nez et de la gorge qui obligeaient l'enfant à dormir la bouche ouverte.

Quand j'examinai le petit malade, je constatai une rhino-pharyngite des plus accentuées. L'enfant était pâle et triste. Les parents étaient véritablement désespérés de la persistance des accidents intestinaux qu'on ne parvenait pas à faire disparaître d'une manière définitive. J'instituai un régime sévère ; je fis faire de grands lavages de l'intestin à l'eau de guimauve bouillie additionnée d'hyposulfite de soude et je prescrivis un traitement très énergique du nez et de la gorge : injections antiseptiques, attouchement de la gorge avec un collutoire boraté, et de la glycérine iodée, cautérisations des amygdales au galvanocautère.

L'entérite muco-membraneuse s'amenda progressivement ; six mois après, l'enfant était fort et vigoureux, son tube digestif fonctionnait à souhait

Depuis il se porte très bien.

OBSERVATION IX

(Gaucher, *in thèse* Attias, 1901)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES. — DIARRHÉE. — ICTÈRE. — COLITE DYSENTÉRIFORME

Louis C..., âgé de 6 ans, entre salle Bouchut, lit n° 5, le 29 janvier 1901. Cet enfant, né à terme, a été élevé au sein d'une façon régulière, jusqu'à l'âge de treize mois. A huit mois, l'enfant a eu une bronchite. Depuis cette époque, tous les hivers, il s'enrhume facilement. D'autre part, il présente aussi fréquemment des diarrhées accompagnées de fièvre. Samedi dernier, l'enfant rentrant de l'école se plaint de maux de tête, le ventre est douloureux, la fièvre est assez vive, la nuit a été très agitée. Dimanche, le même état persiste : en outre, apparaît une diarrhée jaune et demi-fluide.

Un médecin appelé constate 40 degrés de fièvre et prescrit de la quinine. L'enfant n'a encore rien mangé depuis deux jours.

A son entrée, on constate de l'inflammation aiguë du rhino-pharynx, des végétations adénoïdes, volumineuses, adénopathie cervicale considérable et très douloureuse.

On prescrit des injections d'huile mentholée dans le nez et des attouchements de l'arrière-gorge avec de la glycérine phéniquée faible. Le 31 janvier, la température revient à la normale.

Le 5 février, la température se relève à 38°4, en même temps apparaît de l'ictère. Le foie est très gros, les matières restent colorées. La rate est normale. Rien au cœur, ni aux poumons.

Le 9 février, le foie est moins gros, mais l'enfant se plaint beaucoup du ventre. La température est à 38 degrés. L'inflammation du rhino-pharynx persiste toujours les jours suivants, la glande hépatique ne diminue pas de volume, l'ictère persiste, la température oscille entre 38 degrés et 39°5. Il y a une toux continuelle, mais l'auscultation de l'appareil respiratoire ne révèle rien.

Le 16 février, au soir, l'enfant a de la diarrhée : une des selles présente des glaires et des mucosités sanguinolentes.

Le 18 février, il y a une poussée aiguë, intense du côté du naso-pharynx : en même temps, l'enfant a une nouvelle selle dysentériforme, avec un peu de sang rouge.

Les injections antiseptiques dans le nez sont continuées, ainsi que les attouchements du gosier. On administre également 50 centigrammes d'antipyrine. Les troubles du cavum ne disparaissent qu'après l'ablation des végétations infectées et l'enfant ne présente plus, par la suite, de symptômes intestinaux.

Deuxième Groupe

OBSERVATION I

(Dr Delacour, 1904. *Syndrôme adénoïdien*)

ADÉNOÏDITE ET APPENDICITE

En septembre 1902, M. Le Marc'hadour procède à l'ablation de végétations adénoïdes volumineuses, datant de l'enfance, chez une jeune fille de quatorze ans. Cette malade, dernier enfant, présentait une déformtaion et une bouffissure de la face caractéristiques ; elle était, de plus, atteinte de « rhinite hypertrophique chronique ».

Au mois d'octobre 1903, une crise violente d'appendicite se déclare et l'appendice est réséqué.

OBSERVATION II

(Dr Delacour, 1904. *Syndrôme adénoïdien*)

ADÉNOÏDITE ET APPENDICITE

Un de nos malades, Eugène H..., âgé de neuf ans, enfant unique, chez lequel nous avons trouvé des végétations adénoïdes et une hypertrophie des

amygdales palatines, fut, à l'âge de sept ans, pris de coliques subites et violentes dans l'hypochondre droit : l'appendice fut enlevé à chaud par M. Brocca (septembre 1901).

OBSERVATION III

(Groc. Ed. thèse Lyon, 1905)

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — APPENDICITE CHRONIQUE. — CRISE APPENDICULAIRE SURVENANT AU COURS D'UNE INFLAMMATION AIGUË DU PHARYNX.

G. P..., âgé de quinze ans.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Elevé au sein, a présenté fréquemment, depuis sa naissance, des inflammations aiguës de la gorge et du nez. S'enrhume à la moindre variation de température et respire alors difficilement. Au printemps et à l'automne de chaque année, prend de légères angines.

Aussi loin que remontent ses souvenirs, il souffre du ventre à peu près constamment : douleurs vagues quant au siège, ressenties dans tout l'abdomen et dans les reins, mais persistantes, continuelles. quelquefois plus vives après les repas pendant la période de digestion sans que la nature de l'alimentation paraisse les influencer. La marche prolongée

les exaspère également mais l'exercice physique restreint et même l'usage très modéré de l'équitation reste sans inconvénient. Malgré cet état, la santé générale reste satisfaisante. A aucun moment les sensations du malade, ni les nombreux examens du ventre pratiqués par divers médecins, n'ont permis de préciser l'origine des douleurs et jamais la fosse iliaque droite n'avait été suspectée ; on mettait sur le compte du nervosisme ces douleurs persistant en pleine santé, sans signe physique, ni trouble fonctionnel appréciable.

Les amygdales palatines sont considérablement augmentées de volume, tomentueuses et criblées de cryptes assez profondes. Elles sont pédiculées et plongeantes, surtout celle de droite. La paroi postérieure du pharynx est lisse et unie. Légère hypertrophie à forme dure de la glande de Luscka. Queue de cornet assez prononcée dans la narine gauche.

Pas de déviation de la cloison.

Des gargarismes émollients et antiseptiques, des attouchements fréquents et répétés à la teinture d'iode glycérinée n'ont pu modifier l'état de ses organes lymphoïdes altérés.

Pendant deux étés successifs, en 1902 et 1903, séjour de trois semaines, l'un à Challes, l'autre à Allevard et, pendant cette période, quotidiennement, pulvérisations sulfureuses sur les amygdales dans les établissements de ces stations thermales.

L'amélioration normale était manifeste à la suite

de cette thérapeutique, mais ne durait, généralement pas.

Dans les premiers jours de novembre 1904, en rentrant à Lyon, le malade prend mal à la gorge. Le même soir, violentes douleurs ressenties très haut dans le côté droit du ventre. Elles consistent en sensations de tiraillements « de tortillement », qui donnent une pâleur syncopale, effrayante, d'après l'entourage. Quelques nausées sont bientôt suivies de vomissements bilieux peu abondants. Le pouls est à 80, la température à 38,5.

Les yeux sont cernés, le faciès terreux et prostré, les sclérotiques ont une teinte subictérique très accentuée.

La palpation de la fosse iliaque droite est difficilement supportée. Elle révèle l'existence d'une corde tendue au milieu d'un plastron induré et épaissi. Cette sensation est très nette.

Le médecin de la famille institue la diète. L'intervention étant refusée, il applique un sachet de glace sur la région cœcale et prescrit des doses fractionnées d'opium à prendre par la voie buccale.

L'arrière-gorge examinée, à ce moment, est rouge vif. L'amygdale droite surtout est le siège d'une inflammation aiguë, elle surplombe la base de la langue et semble rejetée loin de sa loge, sur la ligne médiane.

Quatre fois par jour, on dirige sur elle des pulvérisations phéniquées chaudes et, au bout d'un septenaire de ce traitement, sans que les manifestations

du côté de l'appendice aient été plus spécialement traitées, on voit évoluer vers la guérison les deux lésions coexistantes.

Trois semaines après cette crise aiguë, on commence à faire des pointes de feu galvanique sur les amygdales. Ces dernières rétrocèdent lentemnt et les symptômes gastro-intestinaux qui tourmentaient habituellement le malade, semblent s'être considérablement atténués depuis.

OBSERVATION IV

(Groc. Ed. thèse Lyon, 1905)

ADÉNOÏDITE ET APPENDICITE CHRONIQUE

M. P..., dix-neuf ans, engagé volontaire au 2e régiment de zouaves, se présente à l'hôpital militaire, avec le diagnostic d'appendicite chronique.

Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels. — Enfance maladive. Eczéma impétigineux, persistant jusqu'à l'âge de six ans. A huit ans, variole et depuis, troubles digestifs, bizarres, intermittents : anorexie, gastralgie, constipation. Le faciès du soldat est cyanosé par places, la lèvre supérieure courte et épaissie. Les paupières sont le siège d'une blépharite glandulo-ciliaire squameuse.

Depuis cinq jours, le malade se plaint d'une dou-

leur sourde, continue, dans la fosse iliaque droite qu'exaspèrent les mouvements et le travail de la digestion. Le port de la ceinture de flanelle est rendu très difficile. La langue est sale, la bouche pâteuse, l'état nauséeux. Comme la constipation est ancienne, on a administré, dès l'entrée, un lavement glycériné, qui amène l'expulsion immédiate de matières osillées, sèches, noirâtres, exagère les phénomènes douloureux et détermine un léger mouvement fébrile.

Le ventre n'est point ballonné. Il y a un certain degré de tuméfaction au point de Mac Burney. La palpation générale est aisément supportée. Si l'on appuie avec insistance sur la région appendiculaire, le malade pousse un cri et se tord sous l'influence de la douleur.

La température est à 38°5, le pouls à 85. Le médecin traitant prescrit un purgatif : sulfate de soude et follicules de séné et institue la diète absolue pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain et le surlendemain le même état persiste. Le troisième jour, un élève du service, interrogeant le malade, s'aperçoit que ce dernier entend difficilemnt et répond moins bien aux questions posées.

Il n'accuse aucune douleur du côté de l'appareil auditif.

On constate par les épreuves de « Weber » et de « Rinne » qu'il y a un certain degré de surdité du côté de l'oreille gauche.

On fait passer le malade au service d'otologie. La membrane du tympan est normale. On examine le cavum et, quelle n'est pas la stupéfaction du médecin qui pratique la rhinoscopie postérieure, d'y apercevoir des végétations adénoïdes, pédiculées, fossiles, recouvertes d'un muco-pus verdâtre et appliquées exactement contre l'orifice pharyngien de la trompe gauche.

On désinfecte la région.

On pratique des douches nasales chaudes de sérum physiologique. Tout symptôme appendiculaire a disparu.

Huit jours après, on enlève les végétations adénoïdes demi-molles. Depuis deux ans, cet homme a pu faire son service et n'a plus ressenti de troubles gastro-intestinaux.

Revu en octobre 1904, il attribue sa guérison totale à l'intervention chirurgicale sur son rhinopharynx.

OBSERVATION V

(Groc. Ed. Thèse de Lyon, 1905)

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DANS L'ENFANCE. — CATARRHE CHRONIQUE PHARYNGIEN. — APPENDICITE CHRONIQUE.

Mlle C... B..., seize ans, sent constamment des mucosités coulant le long de la paroi postérieure

du pharynx vers son œsophage et leur trouve « un goût amer ».

Antécédents héréditaires. — Pas d'appendicite familiale.

Antécédents personnels. — A six ans a subi l'ablation des végétations adénoïdes. A été traitée maintes fois à la consultation du Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, pour une hypertrophie considérable de l'amygdale palatine gauche qui, sous l'influence de pointes de feu, a regressé de volume. S'enrhume et tousse au moindre refroidissement. A eu une grippe très forte en 1902, nécessitant un séjour au lit de 3 mois.

Est très nerveuse et se plaint depuis très longtemps de troubles digestifs divers : anorexie, constipation, gastralgie. A fait un séjour d'une semaine dans le service du professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu pour une maladie d'intestin qu'on a qualifiée d'appendicite.

Histoire de la maladie.

En juin 1904, deux jours après une poussée aiguë du côté de son pharynx, la malade est prise brutalement, vers neuf heures du soir, d'une « sensation de corde au creux de l'estomac », s'accompagnant de vomissements et de coliques dans tout le ventre. Elle est obligée de s'aliter et le médecin appelé, en toute hâte, constate une hyperesthésie cutanée au niveau de la fosse iliaque droite ; pas de contracture des droits, ni d'empâtement, ni de tumeur. Le point de Mac-Burney est très net.

Le pouls est à 80, bien frappé.

La température à 38°4.

Le faciès est terreux.

Il fait appliquer un sachet de glace sur la région cœcale droite, prescrit une piqûre de morphine et ordonne la diète absolue.

La malade, au cours de l'interrogatoire, appelle son attention sur l'état pathologique habituel de son arrière-gorge.

Le médecin constate, en effet, l'ancienneté des lésions, il remarque une hypertrophie inflammatoire très accentuée de l'amygdale droite et dirige, contre elle, aussitôt, une thérapeutique efficace.

Il voit alors, sous l'influence des douches locales chaudes, de gargarismes à l'eau de guimauve et au chlorate de potasse, les phénomènes intestinaux rétrocéder ; il établit immédiatement une relation de cause à effet entre les phénomènes observés du côté du pharynx et ceux qui se sont produits du côté de l'appendice.

Cette jeune fille n'ayant pas voulu subir l'ablation de son amygdale a présenté, par la suite, de nouvelles poussées aiguës qui se sont accompagnées quelquefois, d'une réaction appendiculaire identique.

OBSERVATION VI

(Groc. Ed. Thèse Lyon, 1905)

ADÉNOIDITE ET APPENDICITE CHRONIQUE

X..., 21 ans, cavalier au 2e dragons. Le malade entre à l'hôpital pour un écoulement persistant de l'oreille droite, datant de six semaines.

Antécédents héréditaires. — Un frère goîtreux et crétin.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Homme intelligent et ne présentant aucun stigmate de dégénérescence, accuse de la gêne respiratoire qu'il localise surtout au fond du nez, dort depuis longtemps la bouche ouverte et se fait réveiller chaque nuit par ses camarades parce qu'il ronfle bruyamment.

A l'examen de sa gorge, on ne constate pas d'hypertrophie nette de ses amygdales. Le voile du palais est lisse, uni, bien tendu, la paroi postérieure du pharynx est parsemée de granulations et de varicosités, on note la présence, à droite, d'un faux pilier postérieur.

A la rhinoscopie antérieure, tuméfaction diffuse de la muqueuse nasale, déviation à droite de la cloison.

A la rhinoscopie postérieure, hypertrophie assez volumineuse, à forme molle de la glande de Luschka sans aucune trace d'inflammation.

On propose au malade de lui enlever ces végétations adénoïdes à une date assez rapprochée lorsque son otite moyenne sera guérie.

Le quinzième jour après son entrée le malade ressent, un matin « au saut du lit », une douleur vive en coup de poignard dans dans la fosse iliaque droite. Il pâlit affreusement et tombe.

La syncope n'est pas complète ; aussitôt replacé sur son lit il se remet et nous constatons alors une douleur très vive au point de Mac Burney, elle s'irradie vers les lombes et surtout vers la crête iliaque jusque dans la cuisse droite.

Il y a de l'hyperesthésie locale et de la défense de la paroi, les mouvements du membre inférieur droit et les contractions des muscles larges de l'abdomen sont douloureux. Le ventre est ballonné, l'état nauséeux, pas de vomissements.

Frappé, à bon droit, d'une crise aussi soudaine, que rien ne faisait prévoir, nous interrogeons le malade sur les antécédents digestifs.

Pressé de questions, il nous raconte qu'à 12 ans il a eu une crise analogue intense et continue, avec vomissements, fièvre, ayant nécessité un séjour au lit de deux semaines, le tout qualifié d'inflammation d'intestin par le médecin traitant. Crise identique à quinze ans avec même cortège symptomatique et même diagnostic.

On met le malade à la diète.

Son pouls est à 95. La température à 39°7. Sa

langue est humide et rose, pas de phénomènes de péritonisme.

Revu le lendemain, la nuit a été bonne ; les mêmes symptômes persistent, l'élévation thermique est moindre, mais le malade se plaint de la gorge.

On constate, à l'examen, une rougeur généralisée diffuse du pharynx, les végétations adénoïdes, qui, il y a deux semaines étaient intactes, sont recouvertes par un muco-pus verdâtre, épais, les ganglions sous et rétro-maxillaires sont volumineux, l'adénoïdite est certaine.

On cherche, par une thérapeutique bien comprise à faire régresser cette inflammation aiguë et l'on constate qu'à mesure qu'elle s'atténue, les symtômes appendiculaires s'amendent. La guérison des deux affections est concomitante comme l'avait été leur début.

On opère ce malade des végétations adénoïdes, on cautérise au thermo-cautère ses granulations pharyngées. Revu il y a dix jours et un an après l'opération, ce soldat n'a plus eu de poussées aiguës du côté de sa gorge ni de son appendice.

DEUXIÈME PARTIE

Etiologie Pathogénique

En lisant ces observations que nous venons de relater, un fait semble se dégager de leur analyse : à savoir que chez un même individu l'infection peut, soit simultanément soit successivement, apparaître dans le tissu lymphoïde du cavum, du côlon et de l'appendice.

Nous voulons, dans ce chapitre, essayer de dégager cette notion qui, après Comby, nous semble légitime, à savoir qu'à la suite d'une adénoïdite, il peut y avoir d'abord infection du côlon et, succédant à cette phase colique, une phase appendiculaire qui peut être, dans certains cas, une séquelle de la localisation intestinale.

Mais avant d'exposer les différentes notions sur lesquelles nous nous appuyons pour défendre cette conception, il nous semble nécessaire de passer en revue tout ce que les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont émis sur ce point.

Nous pensons grouper les différentes notions éparses dans ces communications en quatre théories :

1° Théorie réflexe ;
2° Théorie nerveuse ;
3° Théorie sanguine ;
4° Théorie pyophagique.

1° Théorie réflexe. — Balme, dans sa thèse, en s'appuyant sur les expériences de cautérisation ignée de Ruault, voit dans ces troubles gastro-intestinaux un réflexe à point de départ tonsillaire.

Ruault applique la boule du galvano-cautère chauffée au rouge vers l'extrémité inférieure de l'amygdale et obtient des réflexes dont le point de départ est, plus probablement le pneumogastrique : toux, gastralgie, hypersécrétion acide de l'estomac. En s'appuyant sur ces données expérimentales et sur les faits cliniques, Ruault est amené à conclure que l'irritation permanente des nerfs par l'hypertrophie amygdalienne était capable de produire des phénomènes semblables chez quelques malades.

Nous donnons uniquement cette théorie pour mémoire, mais nous ne nous baserons pas sur ces données par trop spéciales pour expliquer les faits qui nous intéressent.

2° Théorie nerveuse. — Groc, dans sa thèse écrit ceci :

« Comme l'a fort bien dit Jaccoud, ce microbe

n'est que la cause instrumentale de la maladie, il peut en dire le pourquoi, il n'en saurait dire le comment.

« Pourquoi tous les individus ne sont-ils pas porteurs de végétations adénoïdes ?

« Pourquoi n'avons-nous pas tous des angines ou des amygdalites à répétition, de l'appendicite chronique ?

« Nous sommes conduits à rechercher par quel mécanisme le terrain, chez les adénoïdiens, est mis en état d'infériorité manifeste et de moindre résistance devant l'infection ?

« L'influence héréditaire, l'intoxication transplacentaire ont besoin, pour se manifester du côté des muqueuses rhino-pharingiennes, d'un intermédiaire spécial qui commande à la nutrition des tissus.

« Cet intermédiaire, c'est le système nerveux. Son intervention apparaît nettement dans les expériences de Kossorokoff. Cet auteur a montré que les injections sous-cutanées de sérum physiologique produisaient : la dilatation des vaisseaux et l'hyperhémie, la prolifération des cellules lymphatiques et l'augmentation très marquée de la leucocytose, en excitant les extrémités périphériques des nerfs. C'est par le même mécanisme qu'agissent les pointes de feu galvaniques, l'électrolyse linéaire, les frictions méthodiques, le massage vibratoire, les touches irritantes ; tant que le traitement est appliqué, c'est-à-dire tant que l'excitation dure, l'amélioration

se maintient ; dès que le malade est abandonné à lui-même, la muqueuse rhino-pharyngienne ne tarde pas à reprendre son aspect pathologique.

« Ce qui prouve bien encore l'influence du système nerveux, c'est que, dans l'atrophie ozénique par exemple, la lésion débute précisément au niveau du cornet inférieur et dans son segment antérieur, là où se trouve réparti le tissu érectile, dont la turgescence est sous la dépendance du ganglion sphéno-palatin.

« A côté de ces perturbations d'ordre physique, il en existe une autre beaucoup plus importante et d'ordre physiologique : c'est l'insuffisance de la phagocytose qui est aussi sous la dépendance du système nerveux. Au point de vue de la qualité des leucocytes, pas de modifications.

« Au point de vue de leur nombre, Viollet a trouvé, dans le mucus sécrété par une muqueuse d'adénoïdien, 44.000 leucocytes par millimètre cube, au lieu de 50.000 qui, d'après lui, serait le chiffre normal. »

Il faut donc, et ces lignes qui vont suivre ne sont que le reflet des idées développées par Delacour, dans son Mémoire sur le syndrôme adénoïdien, pour que les lésions adénoïdiennes évoluent du côté des muqueuses rhino-pharyngiennes ou appendiculaires, un terrain héréditairement ou congénitalement préparé et mis finalement en état par des infections ou des intoxications surajoutées, quand l'influence héréditaire a été insuffisante.

Si l'intoxication transplacentaire est peu forte, l'empoisonnement fœtal a des degrés ; il faut alors une cause occasionnelle, une pyrexie quelconque, grippe, scarlatine, diphtérie, une suractivité fonctionnelle, pour modifier profondément l'économie. Si elle se fait sentir, dès la vie intra-utérine, la lésion du tissu lymphoïde se manifestera peu de temps après la naissance.

Balzer a vu une perforation de l'appendice chez un enfant de sept mois, et Tordeus, de Bruxelles, a signalé un cas de périty phlite chez une fillette de six mois.

Silbermann, Menks, Sammers, ont noté des appendicites chez les nourrissons.

Le catarrhe pharyngien, la rhinite atrophique, les végétations adénoïdes ont été observés de très bonne heure.

Les troubles trophiques du tissu lymphoïde de l'économie sont régis par une loi commune. Les modifications du chimisme et de la motricité gastrique, les sécrétions glanduleuses ou muco-membraneuses de l'intestin sont, avant tout, la conséquence d'un même trouble de l'innervation. L'entérite, ou mieux l'entéro-névrose muco-membraneuse et l'appendicite n'ont entre elles, comme le dit Dieulafoy, aucune relation de cause à effet, elles dérivent d'une même cause, mais l'une n'est pas l'aboutissant de l'autre.

Il n'est pas jusqu'au bouchon croûteux des fosses nasales, dit Delacour, qui ne puisse être comparé

au calcul appendiculaire, bien étudié par Rochaz. Dans les deux cas, la masse surtout composée de mucine soluble dans l'éther, présente une structure identique, formée de couches concentriques plus lâches dans le bouchon qui se développe entre les parois rigides des fosses nasales, plus serrées et plus compactes dans le calcul de l'appendice constamment soumis aux contractions de la musculature de cet organe.

La présence de croûtes dans le rhino-pharynx détermine quelquefois chez les individus atteints de rhinite atrophique des nausées violentes qui peuvent durer et ne cessent qu'après l'expulsion du bouchon. Il nous est permis, poursuit Delacour, d'opposer ces efforts du pharynx pour se débarrasser des croûtes à la crise appendiculaire du début, véritable nausée de l'appendice.

Les glaires et les muco-membranes de l'intestin sont des sécrétions de même nature mais qui ne peuvent donner lieu aux mêmes symptômes que le calcul appendiculaire en raison, tout à la fois et du calibre de l'intestin et de la teneur glandulaire relativement pauvre si on la compare à la richesse de l'appendice en follicules lymphatiques et glandes muqueuses. Ces lésions, dit toujours le même auteur, sont d'ordre tropho-neurotique. Le système nerveux semble soumis à une intoxication chronique, constante, à petite dose, se prolongeant indéfiniment jusqu'à ce que les éléments anatomiques,

atteints dans leur vitalité, aient disparu et fait place à un tissu de sclérose.

Delaçour veut que ce mécanisme soit sous la dépendance d'un organe à fonction également constante et il le considère comme la conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde.

« L'adénoïdisme est le tronc, l'ozène, les végétations adénoïdes, l'appendicite chronique sont les branches ; l'arbre prend naissance sur un terrain toujours identique ; peut-être conviendrait-il de dire qu'il déchoit parce que la sève thyroïdienne fait défaut ou est altérée. »

3° Théorie sanguine. — Certains auteurs prétendent que c'est par voie sanguine que l'infection, partie du naso-pharynx arrive dans l'intestin et l'appendice.

Groc a repris cette théorie et l'a augmentée de nombreux faits de laboratoire qui mettent assez nettement en évidence la possibilité d'un tel mode de propagation de l'infection.

Kayser, de Breslau, a fait connaître, en 1895, au Congrès de Moscou, ses expériences sur la pénétration des corps étrangers microscopiques dans l'épaisseur de l'amygdale.

Mendelsen, quelques temps plus tard, insuffle de la poudre de charbon sur la muqueuse palatine d'animaux et retrouve des grains de cette substance dans les ganglions de l'angle de la mâchoire.

Lexer, en 1897, badigeonne la gorge de lapins

avec des cultures virulentes de streptocoques, les animaux succombent au bout de 24 heures ou 48 heures après avoir présenté des signes d'infection généralisée.

Des prises de sang de la veine de l'oreille faites d'heure en heure, après le début de l'expérience démontrent qu'au bout de trois heures le microbe était dans le sang ; à l'autopsie, on le trouve dans les viscères intestinaux.

L'examen microscopique de coupes de muqueuse pharyngienne permit de trouver la trace de son passage et de conclure que le streptocoque a utilisé cette voie pour pénétrer dans la circulation générale. Löffler dit avoir observé des amas de staphylocoques pénétrant de la surface du rhino-pharynx dans l'intérieur des tissus à la manière d'un coin ou d'une languette laissant après eux de la nécrose et allant former des embolies capillaires.

Grober injecte aseptiquement dans les deux amygdales de deux chiens morphinisés 10 centimètres cubes d'encre de Chine et sacrifie, quelques jours après, les animaux pour voir dans quel sens se produit la migration de cette substance et où elle aboutit.

Dans ces deux expériences il trouve, à l'autopsie, six jours après, des particules d'encre de Chine dans les ganglions massétérins, dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques superficiels et profonds du cou, le long de la trachée et des gros vaisseaux, de même dans les ganglions sus-claviculaires. Ceux

du médiastin, le tissu pleural, les deux feuillets de la plèvre, les ganglions lymphatiques diaphragmatiques et mésentériques sont injectés en noir.

Il est incontestable que ces quelques expériences militent en faveur de la théorie sanguine.

4° Théorie de la pyophagie. — D'autres auteurs admettent plutôt l'idée que le microbe véhiculé par une membrane déglutie a suivi la voie intestinale et inoculé le colon et l'appendice.

Le professeur Marfan consacre les lignes suivantes sur cette pathogénie des gastro-entérites consécutives aux infections des voies respiratoires.

« Il n'est pas douteux que, dans nombre de cas, les infections des voies respiratoires, provoquent des troubles digestifs par le mécanisme de l'élimination, par les voies et glandes digestives des microbes et surtout des toxines... Mais on doit se demander si dans quelques cas il n'y a pas infection directe du tube digestif par déglutition des exsudats microbiens venus des voies respiratoires. En cas de coryza, le nourrisson qui ne sait pas se moucher déglutit en partie les sécrétions morbides du nez ; s'il y a stomatite, angine, adénoïdite, les produits septiques de la bouche, du rhino-pharynx, sont fatalement déglutis... Il est facile de s'en assurer par l'examen du carrefour pharyngé ; c'est là qu'on voit les masses muco-purulentes ou purulentes, les produits septiques, pénétrer dans l'œsophage. D'ailleurs, lorsqu'on lave l'estomac des nourris-

sons atteints d'une infection des voies respiratoires, on ramène presque toujours de grandes quantités de mucosités ».

Puis Roux et Josserand qui ont étudié de très près la question, partagent cet avis :

« Nous ne pouvons, disent-ils, que partager les idées de Nothnagel, Guinon, Hutinel, Marfan, Boos, Henach, Tiercelin, etc..., sur l'origine infectieuse de l'entéro-colite chez l'enfant. Cette origine infectieuse, pour nous, il faut la chercher dans la pyophagie de l'enfant qui ne crache pas. L'adénoïdite doit être, le plus souvent, la cause de l'entéro-colite, la cause directe, essentielle, unique peut-être. »

Enfin, Comby, dans une importante étude, soutient la même théorie.

« Rhino-pharyngite et adénoïdite, antéro-colite muco-membraneuse et appendicite, m'apparaissent, dans beaucoup de cas, comme des étapes successives de la même maladie. L'infection commence par le rhino-pharynx, elle continue par le colon et finit par l'appendice.

« Les sécrétions purulentes et septiques élaborées par le tissu lymphoïde du pharynx, sont incessamment dégluties ; comment n'entraîneraient-elles pas, à la longue, la gastro-entérite, l'entéro-colite, et enfin l'appendicite (?) »

Telles sont donc les théories qui semblent résumer toutes les opinions émises sur l'étiologie pathogénique de l'adénoïdisme et de l'appendicisme.

Il nous paraît légitime que l'on puisse, à côté de

ces théories, émettre une théorie éclectique admettant l'association de la théorie sanguine et de la pyophagie.

Donc, nous admettons comme voie de propagation de l'infection partie du naso-pharynx dans l'intestin : la voie sanguine et la voie digestive.

Mais ce qui nous paraît nécessaire c'est d'insister sur l'identité histologique de l'amygdale pharyngienne et de « l'amygdale intestinale », comme on a encore appelé l'appendice.

Ces considérations histologiques jointes aux lésions anatomo-pathologiques sont d'une importance majeure pour expliquer les rapports de cause à effet que les auteurs précités ont voulu voir entre les affections de la gorge et celles du tractus intestinal.

C'est pourquoi nous allons en faire une étude rapide qui nous apparaît comme un complément indispensable pour étayer les théories sanguine et pyophagique.

A. — HISTOLOGIE NORMALE

1° L'Amygdale pharyngienne

« Au microscope » :

D'après Poirier, sur une coupe transversale de l'amygdale pharyngienne perpendiculaire à la direction de ses plis, on reconnaît que chacun d'eux, forme un feston plus ou moins saillant, au-dessus de la portion profonde de la muqueuse constituée par un tissu fibreux ordinaire. La limite de ce derme muqueux non modifié et de la partie relevée en feston, qui a subi la transformation adénoïde, est marquée par une limitante élastique très puissante, formée de fibres et de réseaux de grains, et qui marche droit sous les festons, sans subir aucun relèvement. Au-dessus d'elle et jusqu'à la surface, limitée par une mince membrane vitrée homogène, tout le tissu conjonctif reproduit le type du tissu caverneux des ganglions lymphatiques. Ce tissu est formé de mailles larges et grêles de tissu réticulé, typique, et parcouru par des vaisseaux sanguins qui montent de l'axe de chaque pli de la profondeur vers la surface. Sur les côtés, on voit des follicules lymphatiques semblables à ceux de la substance corticale des ganglions. Le tissu réticulé à mailles

rempli de cellules lymphatiques se poursuit jusqu'à la membrane vitrée sur laquelle ses dernières travées viennent prendre leur insertion.

L'épithélium à la surface des plis, offre le type malpiglien, formé par une couche de cellules cubiques au-dessus de laquelle deux ou trois cellules minces de filaments unitifs, grêles, figurent le corps de Malpighi ; viennent ensuite une ou deux couches de cellules épidermiques aplaties. Dans les anfractuosités, l'épithelium est cylindrique cilié ; sur les côtés de chaque pli on trouve, entre les deux variétés d'épithélium une zone de transtion. D'après Mégerand et Trautman, l'épithelium serait, ou cylindrique cilié, ou cylindrique stratifié, où à cellules cubiques et polygonales. L'épithélium cilié est constamment infiltré de cellules lymphatiques en voie de migration vers la surface, d'où la présence d'innombrables cellules lymphatiques actives dans le mucus pharyngien.

Les glandes en grappes sont très nombreuses ; quelques-unes sont renfermées en entier dans l'épaisseur des sillons formés par l'intumescence du tissu réticulé ; la majorité présente une portion acineuse, formée d'alvéoles crucifères, avec quelques étroits croissants de Gianuzzi, engagée dans la portion restée fibreuse de la muqueuse, au-dessous de la limitante élastique.

Les canaux excréteurs montent au travers du tissu réticulé et présentent souvent, dans leur trajet,

des élargissements ampullaires ; puis ils s'ouvrent dans les anfractuosités de l'amygdale. (Renaut). »

2° L'appareil folliculaire du colon

« Le chorion de la muqueuse du gros intestin, écrit Poirier, contient un certain nombre de leucocytes qui sont tantôt épars, tantôt réunis en petites masses circonscrites. Dans ce dernier cas, les leucocytes forment des nodules ou follicules clos.

Les follicules apparaissent sous la forme de corpuscules blanchâtres, opaques, le plus souvent arrondis, ayant un volume qui varie de la graine de pavot à un grain de millet. Leur sommet touche à l'épithelium et leur base à la musculaire muqueuse. Mais au fur et à mesure que les follicules se développent, ils traversent la musculaire muqueuse pour se loger dans la tunique sous-muqueuse. La partie du follicule qui pénètre ainsi par effraction dans la tunique sous-muqueuse présente une forme sphérique, elle ne tarde, d'ailleurs pas, à surpasser, en volume, la portion du follicule restée dans le chorion de la muqueuse. De sorte que, par la réunion de ces deux portions, le follicule adulte devient piriforme ; la partie mince est poussée vers l'épithelium. La forme des follicules peut présenter certaines variations : chez l'homme, ils sont généralement arrondis ; quelle que soit leur forme les follicules présentent trois parties : la tête ou sommet, qui fait saillie dans le tube intesti-

nal et est entourée par un repli de la muqueuse ou bourrelet, disposé par rapport à cette tête comme le prépuce à l'égard du gland. (Renaut).

La tête folliculaire est placée au fond d'une cupule (Frey) terminée profondément par une rigole analogue au repli balano-préputial. Le bourrelet de la muqueuse renferme des glandes en tube.

Au sommet de la tête, l'épithélium est formé de cellules étroites, hautes, mais à mesure que l'on descend vers la rigole de la cupule il se modifie. Entre les cellules on trouve de nombreux leucocytes migrateurs qui écartent les éléments épithéliaux pour prendre place et former les plaques intra-épithéliales de Renaut. Ajoutons que l'infiltration de l'épithelium, par les cellules lymphatiques, est surtout abondante et diffuse au niveau des follicules solitaires (Renaut).

La base du follicule pénètre plus ou moins profondément dans le tissu conjonctif de la tunique sous-muqueuse.

D'après Teischmann, elle plongerait dans un réseau lymphatique, tandis que d'après His, elle serait reçue dans un vaste sinus lymphatique. D'après Frey, elle est souvent envloppée par un espace creux continu, en forme de coque. Cet espace correspond à l'espace enveloppant des ganglions lymphatiques. Le corps ou zone moyenne du follicule se continue et se confond avec le tissu lymphoïde adjacent du chorion. A son niveau se trouve aussi, la musculaire muqueuse qui est perforée par

le follicule. Au point de vue de leur structure, les follicules solitaires sont formés par du tissu adénoïde, renfermant presque toujours un centre germinatif (Stoehr). La charpente ou reticulum est formée par du tissu conjonctif réticulé, qui loge d'innombrables leucocytes et qui est parcouru par des vaisseaux capillaires. Les trabécules de la charpente présentent des directions variées, elles s'entrecroisent, et aux points d'entrecroisement on trouve, chez les sujets jeunes, des noyaux ; chez l'adulte, ces noyaux sont ordinairement ratatinés. La charpente présente des mailles, plus larges au centre qui prend un aspect clair (vacuoles de His), plus étroites à la périphérie, et très serrées au niveau de la tête et de la base du follicule. Dans la zone moyenne, les trabécules se confondent avec le tissu lymphoïde du chorion muqueux. Au voisinage des vaisseaux sanguins qui pénètrent dans le follicule, les fibres du réticulum ne s'attachant pas à leur face externe, elles s'infléchissent, puis s'anastomosent en formant des réseaux autour des vaisseaux (His). Ceux-ci présentent ainsi deux tuniques : leur tunique propre, et une unique externe formée par du tissu conjonctif réticulé (Ranvier).

Les mailles du réticulum sont remplies par des leucocytes. Ceux-ci se forment dans le centre germinatif du follicule (Stœhr), et pénètrent ensuite en partie dans les lymphatiques voisins, en partie dans la cavité intestinale, après avoir traversé la couche épithéliale de la muqueuse.

Le follicule est entouré et parcouru par un réseau capillaire sanguin très riche, dont les canaux ont, en moyenne, de 0,0056 à 0,0074 mm. de diamètre (Frey). Ce réseau communique directement avec les gros vaisseaux artériels et veineux qui montent et descendent entre les follicules.

Les capillaires ont une direction rayonnante au centre ; à la périphérie se trouvent des anneaux vasculaires d'un diamètre plus considérable (Frey).

D'après His, les capillaires n'arrivent pas jusqu'au centre du follicule qui en est complètement dépourvu ; à une certaine distance de lui, les capillaires se contournent pour gagner par un trajet rétrograde la périphérie du follicule.

Les canaux lymphatiques superficiels de la muqueuse, situés dans le bourrelet du follicule, se jettent dans les conduits lymphatiques et les espaces creux, tapissés d'endothélium, qui enveloppent le follicule. »

3° L'appendice

« L'appendice est constitué par plusieurs tuniques, nous dit Testut.

1° Une tunique séreuse.

2° Une tunique musculeuse.

3° Une tunique celluleuse ou sous-muqueuse.

4° Une tunique muqueuse, la plus importante des quatre.

Cette dernière nous offre tous les éléments de la

muqueuse cœcale, à laquelle elle fait suite : un épithélium cylindrique, un stroma-réticulé, de très nombreux follicules clos, une musculaire mucosae et des glandes en tube. Nous ajouterons que la sous-muqueuse y est très épaisse, qu'elle est formée par du tissu conjonctif très serré et à peu près dépourvu de fibres élastiques. Au niveau de la pointe de l'appendice, on voit cette sous-muqueuse prendre un développement considérable ; par contre, les deux plans de fibres musculaires y sont à peine visibles et les glandes ont complètement disparu (Clado).

Le grand développement de son appareil lymphoïde, tel est le principal caractère de la muqueuse de l'appendice. Cet appareil est essentiellement constitué par des follicules clos, si nombreux et si volumineux, qu'ils sont pour ainsi dire au contact les uns des autres et qu'ils occupent, à eux seuls, toute la muqueuse ; on a pu dire, non sans raison, que leur ensemble représentait comme une seule et unique plaque de Peyer, allant d'un bout à l'autre de l'appendice. La base des follicules est très rapprochée de la surface extérieure de l'appendice, tandis que la tête, plus ou moins arrondie, fait saillie dans la lumière du conduit.

« La surface des travées interfolliculaires est revêtue d'une épithélium cylindrique mélangé de cellules caliciformes. Dans leur épaisseur et au sein d'un tissu conjonctif ordinaire, chaque travée renferme un certain nombre de cryptes de Lieber-

kühn, des vaisseaux sanguins et de grands capillaires lymphatiques, passent d'une travée à l'autre et se terminent tous par des ampoules ou des arcs, parfois presque au contact de l'épithélium de revêtement. » (Renaut).

C'est sur les sujets de 12 à 25 ans que l'appareil lymphoïde de l'appendice atteint son plus grand développement. Passé 25 ans ou 30 ans, les follicules diminuent à la fois de hauteur et de largeur : comme conséquence, ils font dans la lumière du canal une saillie moins considérable et, d'autre part, ils sont moins serrés les uns contre les autres. (Testut).

B. — HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans le chapitre précédent nous avons montré l'identité des tissus ; dans ce chapitre, nous exposerons l'identité des lésions anatomo-pathologiques.

1° L'Amygdalite Pharyngienne ou Adénoïdite

« D'après Collet, examinée au microscope, voici l'aspect que présente une coupe d'une tumeur adénoïdienne.

Deux éléments bien distincts nous apparaissent : 1° Un épithelium et 2° une masse, constituant la tumeur. Etudions successivement chacune de ces deux parties.

A. *Epithelium*. — La préparation est bordée par une couche de cellules longues, étroites, parallèles entre elles. Leur extrémité libre est large et aplatie, formant avec celles des cellules voisines un revêtement uniforme, tandis que l'extrémité, qui sert à l'implantation, se termine en s'effilant et contient un noyau assez volumineux, fortement coloré en rouge : ce sont des cellules cylindriques à cils vibratiles.

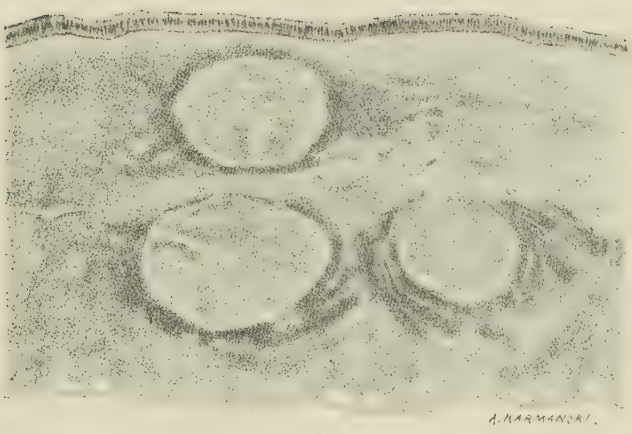
Au-dessous d'elles, se trouvent d'autres cellules, de nature épithéliale, fusiformes, répondant à la

couche génératrice de l'épithelium cylindrique stratifié.

B. *Masse de la tumeur.* — Le centre de la tumeur est occupé par un faisceau de tissu connectif, a fibres parallèles et serrées au niveau du pédicule, et qui s'épanouit dans le reste de la production en rameaux de plus en plus minces et isolés. Il constitue la charpente de la végétation et supporte le tissu réticulé qui la forme. Ce tissu forme des mailles plus fines et plus serrées à la périphérie de la végétation, plus lâches et plus grandes vers le centre. Elles contiennent une quantité considérable de follicules clos, qui sont beaucoup plus nombreux au voisinage de l'épithelium au-dessus duquel ils forment une couche presque ininterrompue. Les follicules sont arrondis et font souvent saillie à la surface de la production, c'est l'exagération de l'état normal.

Ils sont, eux aussi, formés d'un riche réseau lymphatique à mailles plus serrées à la périphérie qu'au centre ; ils contiennent des capillaires dont la paroi est formée d'une simple couche endothéliale.

Tout l'espace libre qui existe entre les mailles du tissu réticulé, aussi bien qu'à l'intérieur du follicule, est comblé par une quantité innombrable de cellules lymphatiques, semées et entassées les unes contre les autres. Elles sont arrondies et prennent, sous l'action du carmin une belle coloration rouge. En certains endroits, et surtout au voisinage de la



Végétations adénoïdes

Le tissu morbide, recouvert d'un épithélium cylindrique, est formé d'une hyperplasie simple des éléments lymphoïdes. On voit sur la coupe trois centres clairs typiques. (D'après Cornil et Ranvier).

périphérie, on voit de petits amas de cellules lymphatiques présentant une coloration plus marron qui paraît être le produit d'une dégénérescence.

Le tissu de la tumeur est parcouru d'un grand nombre de vaisseaux auxquels le tissu réticulé forme une véritable enveloppe secondaire, une tunique adventice.

Dans l'intérieur de la masse, on trouve quelques formations épithéliales à limites extérieures très nettes. Ce sont des glandes acineuses, dont les culs de sac sont tapissés par des cellules muqueuses. Elles sont englobées par la prolifération lymphatique et présentent une cavité centrale ressemblant à une cavité kystique. Il est évident que ces culs de sac glandulaires, loin de constituer des éléments nouveaux, destinés à jouer un rôle actif dans la formation du bourgeonnement charnu, sont, au contraire, les restes des glandes normales de la muqueuse, enserrées et, pour ainsi dire, étouffées par les cellules lymphatiques. »

(Consulter la planche n° I)

2° L'Entéro-Colite Folliculaire

« D'après Cornil et Ranvier, l'entérite folliculaire se manifeste principalement par une hypertrophie des follicules clos.

Le follicule clos de l'intestin est assimilable à un ganglion, mais il est, à ce point de vue, inséparable du derme muqueux qui joue le rôle et possède la structure de la substance médullaire du gan-

glion. Dans l'entéro-colite, la tuméfaction des follicules et des plaques de Peyer est due à l'hyperplasie des cellules lymphatiques, à la germination active des centres clairs, à la multiplication des microphages, au gonflement et à la prolifération des cellules du réticulum, à une vascularité parfois très accentuée. Les éléments mobiles sont surtout représentés par des petits lymphocytes. Chez l'homme sain, Kippel et Pierre Weill ont vu dans la muqueuse des plasmazellen et des formes intermédiaires aux cellules rondes : ils est très probable que certains processus provoquent plus facilement que d'autres, l'apparition de pareils éléments. De même, il n'est pas rare de constater dans le chorion muqueux et au voisinage des follicules un développement plus ou moins actif des cellules éosinophiles. Nobécourt a noté l'infiltration du chorion par des mastzellen. Il y aurait donc différentes modalités de réactions cytologiques de la tunique adénoïde, en rapport peut-être avec des causes pathogènes spécifiques. Ce que l'on voit surtout au niveau des follicules, c'est la multiplication des petites cellules rondes et le développement des grands mononucléaires à noyau clair avec souvent des figures de macrophagie. »

(*Consulter la planche n° II*)

3° L'Appendice folliculaire

« Il y a des formes multiples d'appendicite chronique, nous disent Cornil et Ranvier. Une d'entre

Entérite folliculaire

Tuméfaction d'une plaque de Peyer dont le dessin représente une partie. On voit trois follicules clos avec des centres clairs très apparents. Les vaisseaux sont dilatés et congestionnés. A gauche, le revêtement muqueux est intact. Au niveau de la plaque elle-même, on ne retrouve que des culs-de-sacs glandulaires. Il y avait en ce point une érosion visible macroscopiquement. Le chorion muqueux est infiltré de cellules lymphoïdes. (D'après Cornil et Ranvier).

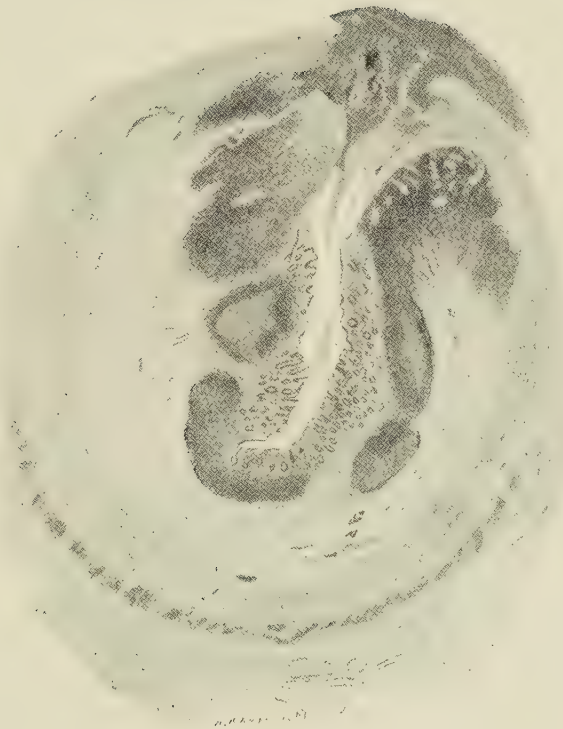
elles a été décrite comme une appendicite chronique d'emblée, c'est l'appendicite folliculaire hypertrophique. Les autres visent tout un ensemble de lésions subaiguës ou chroniques, souvent simples reliquats d'altérations aiguës et comprenant les scléroses atrophiques ou hypertrophiques de l'appendice, les oblitérations, les sténoses, les kystes...

Dans les cas les plus typiques, l'appendicite folliculaire hypertrophique est reconnaissable à l'œil nu. Au dessous de la muqueuse qu'elle repousse, en formant des mamelons plus ou moins saillants, s'étend, considérablement hypertrophiée, la zône folliculaire de la sous-muqueuse : elle se présente sous la forme d'une couronne grisâtre molle, humide, d'aspect ganglionnaire, a un faible grossissement, la lésion est formée par l'hyperplasie du tissu adénoïde, la multiplication apparente des follicules et leur augmentation de volume. Leur nombre est assez variable : on voit quelquefois sous la muqueuse, deux, trois ou quatre amas composés de quelques îlots folliculaires, ou, en d'autres circonstances, une et même plusieurs bandes uniformes et régulières de follicules lymphatiques bien reconnaissables à leur centre clair.

Du côté de la muqueuse, ces formations refoulent la musculaire muqueuse ou s'infiltrent dans la muqueuse en soulevant l'épithélium et en refoulant les glandes. Le chorion s'épaissit, les glandes muqueuses dévient leurs culs-de-sacs qui tendent à se multiplier. Suivant les cas, la couche réticulée ne

dépasse pas la partie moyenne de la celluleuse où vient affleurer la musculaire. Sa structure est simple ; c'est celle du tissu adénoïde hyperplasié, tel qu'on le rencontre dans les hypertrophies simples de l'amygdale ou dans les végétations adénoïdes, avec les centres clairs, les nappes lymphocytaires, les éosinophiles et les matzellen. Letulle insiste sur ce fait que souvent, à la périphérie des follicules, on rencontre une condensation fibroïde du tissu sous-muqueux, il y a sclérose péri-folliculaire, souvent même sclérose sous-muqueuse, indice de processus inflammatoires anciens. »

(*Consulter la planche n° III*)



Appendicite folliculaire (Letulle)

A la partie inférieure de la figure, on voit une réaction folliculaire évidente, et dans les couches inférieures des traînées lymphatiques. (D'après Cornil et Ranvier).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On voit donc, en terminant, qu'à la lumière des faits histologiques et anatomo-pathologiques, on peut légitimer la théorie suivant laquelle les inflammations parties du naso-pharynx arrivent, soit par voie sanguine, soit par déglutition, dans l'appareil intestinal. Et c'est ainsi que se réalisent les trois étapes, qu'avec Comby, nous pouvons assigner à ces manifestations morbides chez un même individu, à savoir :

1° Etape adénoïdienne.
2° Etape entéro-colique.
3° Etape appendiculaire.

CONCLUSIONS

I. — On observe chez un certain nombre d'adénoïdiens des accidents du côté de l'intestin caractérisés par des poussées de colite muco-membraneuse ou d'appendicite.

II. — Il y a donc un intérêt pratique chez tout adénoïdien à interroger soigneusement : intestin, côlon et appendice pour en dépister l'atteinte et apporter la solution thérapeutique qu'elle comporte.

III. — Au point de vue étiologique il semble que l'infection partie du cavum puisse gagner, par la déglutition des mucosités et par la voie sanguine, le tissu lymphoïde du tractus intestinal.

IV. — Il est possible que chez les adénoïdiens appendiculaires, l'appendicite puisse être envisagée comme l'étape ultime d'une infection qui part du pharynx, atteint le côlon (colite folliculaire) et se localise enfin dans les follicules clos de l'appendice îléo-cœcal.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

LANDOUZY. HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ATON. — Des troubles digestifs chez les enfants. (Thèse Montpellier, 1903).

ATTIAS. — De la rhino-pharyngo-amygdalite chronique et de ses conséquences chez les enfants. (Thèse de Paris, 1901).

AUDAT. — De la rhino-pharyngite chez les enfants.

AVIRAGNET. — Traitement de certains troubles digestifs liés à la rhino-pharyngite et amygdalite chronique. (Presse médicale, 101, 20 décembre 1899).

— Des troubles digestifs liés à la rhino-pharyngite et à l'amygdalite chronique. (Archives de médecine des enfants n° 2. Février 1900).

BALME. — De l'hypertrophie des amygdales palatines, etc. (Thèse de Paris, 1888).

COLLET. — Les végétations adénoïdes. (Thèse de Lyon, 1885).

COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 1898.

— Entérites et appendicites chez les enfants. (Bulletin, Société Médicale des Hôpitaux, 1906).

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique. Tome IV, n° I.

DEGLAIRE. — De la rhino-pharyngite chronique. (Thèse de Paris, 1896).

DELACOUR. — Le syndrôme adénoïdien. (Paris 1904).

GROC. E. — Les troubles gastro-intestinaux chez les adénoïdiens. Etude pathogénique. (Thèse, Lyon 1905).

GROHER. — Les voies d'infection de la plèvre. (Deutsch. Arch. f. klin. méd. Bd LXVIII, p. 296-320, 1900).

GUINON, — Entérites et appendicites chez l'enfant. (Bulletin, Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1906).

LANDOLT. — Les troubles digestifs dans les maladies du rhino-pharynx. (Thèse de Paris 1901).

LEJARS. — Angine et appendicite (Semaine Médicale). (Juillet 1904).

LEXER. — Des amygdales comme porte d'entrée de l'infection pyogène. (Archives de clinique chirurgicale, XLIV, page 736, 1897).

MARFAN. — Les gastro-entérites des nourrissons. (Paris, 1900).

POIRIER. — Traité d'anatomie. Tube digestif.

ROUX et JOSSERAND. — Des relations des antéro-colites avec les adénoïdites chez les enfants. (Bulletin, Société de Pédiatrie, 1906).

RUAULT. — Articles angines, in traité de médecine de Charcot, Bouchard.

TERRIEN. — Des relations étiologiques de l'adénoïdite, de l'entéro-colite et de l'appendicite chez l'enfant. (La Médecine Infantile, 1907).

TESTUT. — Traité d'anatomie. Tube digestif.

TRIBOULET. — Archives de Médecine des enfants (4 mars 1898).

AMÉDÉE LEGRAND, Editeur, 36, rue Serpente, PARIS